

UNIVERSITÉ DE GENÈVE
Clinique de pédiatrie

FACULTÉ DE MÉDECINE
Professeur Pierre Gautier

Douleurs abdominales chroniques chez l'enfant

THÈSE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de Docteur en médecine

par

Albert RUTSKY

de

NEW YORK (USA)

Thèse N° 2425

GENÈVE
Editions Médecine et Hygiène
1957



Digitized by the Internet Archive
in 2026



UNIVERSITÉ DE GENÈVE
Clinique de pédiatrie

FACULTÉ DE MÉDECINE
Professeur Pierre Gautier

Douleurs abdominales chroniques chez l'enfant

THÈSE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de Docteur en médecine

par

Albert RUTSKY

de

NEW YORK (USA)

Thèse N° 2425



GENÈVE
Editions Médecine et Hygiène
1957

La Faculté de médecine, sur le préavis de Monsieur le professeur P. Gautier, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 30 novembre 1956.

Le doyen :

Eric MARTIN

Thèse N° 2425

Nous exprimons nos remerciements à Monsieur Pierre Gautier, Professeur de Pédiatrie à la Faculté de Médecine de l'Université de Genève, qui a pris connaissance de notre étude, ainsi qu'au Docteur Raymond Martin-Du Pan, Privat-Docent de Pédiatrie et notre directeur de Thèse, qui nous en a proposé le sujet et s'est intéressé à notre travail, et au Docteur Adolphe Perrot, privat-docent à la Faculté de Médecine et chef du Service de chirurgie de l'Hôpital Gourgas qui a aimablement mis à notre disposition la documentation provenant de ce dernier.

TO MY PARENTS

Nous avons passé en revue, dans le Service de Chirurgie de l'Hôpital Gourgas, à Genève, dirigé par le Dr. Adolphe Perrot, 100 cas d'enfants se plaignant de douleur abdominale. Les sujets de ce premier groupe furent classés selon l'âge, la durée de la douleur et le sexe. Puis, on étudia 40 cas diagnostiqués comme appendicites chroniques et qui furent opérés dans le même Hôpital et dont les appendices furent soumis à un examen microscopique. On établit la relation entre les résultats de ces examens histo-pathologiques et le symptôme de douleur abdominale chronique pour ces cas.

Intérêt pratique de notre étude:

Le pédiâtre aussi bien que le praticien de médecine générale est souvent appelé à diagnostiquer un cas pour lequel la douleur abdominale chronique est le principal sinon le seul symptôme présent. Dans quelques cas, on pourra poser le diagnostic sur le seul examen physique; dans d'autres cas, la radiographie et des examens de laboratoire fourniront les données nécessaires à confirmer un diagnostic probable. Enfin, dans un grand nombre de cas, il se peut que ni la clinique, ni le laboratoire ne soient en mesure d'éclairer le médecin. La grande variété des facteurs étiologiques qui peuvent donner naissance à des douleurs abdominales chroniques ne fait qu'ajouter à cette confusion.

WOOD, HARDY et WHITE (1), dans une étude de 95 enfants de consultation de polyclinique médicale souffrant de vagues douleurs abdominales chroniques, trouvèrent une lésion pathologique dans 42 % des cas, mais celle-ci ne pouvait être mise en relation avec la douleur que dans 20% des cas seulement.

Egalement dans une clientèle de consultation de polyclinique, CONWAY (2) trouva que 75 cas sur 243 se plaignaient d'une douleur d'origine indéterminée. Il essaya d'établir un rapport entre des facteurs tels que poids du corps, sexe, allergie, maladie infectieuse ou amygdaléctomie antérieures, et la durée de la douleur abdominale chez les enfants.

Nous avons fait une étude similaire dans un service de chirurgie, pour déterminer les cas qu'on peut rencontrer dans un tel service, la proportion des cas non diagnostiqués, la répartition selon l'âge et la durée des douleurs abdominales chroniques de nature chirurgicale, et enfin, pour déterminer si la douleur abdominale chronique est plus fréquente dans un sexe que dans l'autre.

Considérant qu'il y a beaucoup de maladies qui peuvent

donner naissance à des symptômes d'appendicite chronique, et aussi que l'enfant est souvent incapable de localiser exactement le siège de sa douleur ou peut ne pas y contribuer et même fourvoyer le médecin, nous avons décidé de comparer les résultats de l'examen microscopique avec les symptômes de 40 cas diagnostiqués comme appendicites chroniques. Le but de cette étude était de déterminer le degré d'exactitude du diagnostic d'appendicite chronique chez l'enfant.

La douleur abdominale chez l'enfant:

La complexité de la situation est encore accrue par le fait que la douleur abdominale peut être due à des états qui ont leur siège en dehors de l'abdomen aussi bien qu'à des processus pathologiques abdominaux. Les nombreuses entités nosologiques, tant fréquentes que rares, dans chaque catégorie, compliquent encore le diagnostic.

Comme le fait remarquer DAS (3), un nourrisson ou un enfant est dans la règle incapable de fournir des informations exactes sur le siège de sa douleur, ce qui ne permet, dans beaucoup de cas, qu'un diagnostic par exclusion.

L'enfant souffrant désigne souvent l'ombilic, quand le docteur lui demande de localiser sa douleur, surtout chez les jeunes enfants.

CONWAY (2) observa que sur 200 enfants se plaignant de douleur abdominale, 119 se plaignaient de douleur ombilicale, malgré la grande variété de maladies dont il s'agissait.

STRUCKY (10), dans son étude de la douleur abdominale récidivante chez l'enfant, rapporte 31 cas sur 100 se plaignant d'une douleur dans cette région.

GROSSMAN (4) distingue les 5 types suivants de douleurs viscérales:

- 1) Véritable douleur viscérale qui se rapporte au siège de la sensation douloureuse elle-même.
- 2) Douleur projetée qui se rapporte à une région somatique habituellement plus profonde que la peau.
- 3) Douleur somatique non projetée, associée à une lésion viscérale, comme dans l'extension d'un processus pathologique au péritoine pariétal.
- 4) Douleur viscérale secondaire projetée, telle qu'on l'observe dans la douleur épigastrique qui résulte d'un spasme

pylorique dû à un réflexe viscéro-viscéral entre l'appendice et le pylore.

5) Douleur projetée par habitude, qui est une douleur rapportée par le patient à des régions qui sont devenues sensibles du fait d'une maladie prolongée, par exemple une douleur qui provient d'un autre organe à une autre place.

Ainsi, le fait que le siège de la douleur peut n'être pas dans la région de l'organe malade, et même être projetée loin de ce dernier, ne fait qu'ajouter à la difficulté du diagnostic.

Un autre fait qui ne doit pas être négligé lors de l'examen d'une douleur abdominale chez l'enfant, est la sensibilité individuelle. Pourquoi un enfant qui souffre de la même maladie de même intensité pathologique qu'un autre enfant présentera une douleur abdominale, tandis que l'autre n'en a pas, a longtemps été une source d'étonnement pour le médecin. On en a des preuves dans l'oxyuriasse et l'ascaridose qui ne provoquent habituellement que peu ou pas de douleur. Dans ces cas, l'importance de troubles affectifs et de tendances névrotiques doit toujours être présente à l'esprit de l'examineur, aussi bien que l'hypersensibilité constitutionnelle.

Enfin, il faut encore prendre en considération le groupe des douleurs abdominales idiopathiques.

JOHNSON (5) nous dit qu'après 40 années de pratique pédiatrique, Brenneman arriva à la conclusion qu'en pratique, 90 % des cas de douleurs abdominales n'ont jamais pu fournir aucun diagnostic précis. Selon SMITH (6), à peu près la moitié des cas de douleurs abdominales ne trouvent pas d'explication satisfaisante aux yeux d'un praticien à l'esprit critique. Il suppose qu'ils sont dus à des troubles digestifs qui sont plus prononcés chez l'enfant parce que celui-ci attache plus d'importance aux impressions fugitives que l'adulte et que celles-ci finissent par fixer son attention par répétition.

ETIOLOGIE DES DOULEURS ABDOMINALES CHEZ L'ENFANT

Selon WOOD, HARDY et WHITE (1), les causes des douleurs abdominales chez l'enfant sont les suivantes:

TABLEAU I

Classification étiologique

des douleurs abdominales chez l'enfant *

I. Infection

- A. Abcès abdominal
- B. Appendicite
- C. Infection du système nerveux central (polyomyélite, encéphalite, méningite)
- D. Infections gastro-intestinales
 - 1. Infection bactérienne spécifique
 - 2. Infection bactérienne non-spécifique
 - 3. Parasites
- E. Infections génito-urinaires: pyurie, néphrite, néphrose, vulvo-vaginite
- F. Herpes zoster - thoracique et lombaire
- G. Mononucléose infectieuse
- H. Affections hépatiques - hépatite, cholécystite
- I. Infections pulmonaires avec pleurésie
- J. Diverticule de Meckel - infecté, perforé
- K. Adénite mésentérique
- L. Parotidite, pancréatite, oophorite
- M. Oophorite non-spécifique
- N. Ostéomyélite
- O. Péritonite
- P. Iléite régionale
- Q. Fièvre rhumatismale
- R. Septicémie - endocardite avec embolies
- S. Infections des voies respiratoires supérieures

* Nous avons reçu de la W.B. Saunders Company la gracieuse autorisation de reproduire ce tableau et l'en remercions ici.

II. Obstruction

A. Hépatique et intestinale

1. Congénitale

- a) Atrésie
- b) Mégacolon congénital
- c) Hernies - inguinale, ombilicale, diaphragmatique, interne
- e) Torsion et volvulus
- f) Obstruction mécanique
- g) iléus méconial
- h) Sténose
- i) Tumeurs

2. Acquise

- a) Obstruction des voies biliaires
- b) Colique
- c) Constipation
- d) Invagination
- e) Obstruction mécanique
- f) Polypes
- g) Obstruction de la circulation portale - cirrhose du foie, décompensation
- h) Prolapsus rectal

B. Génito-urinaire

1. Congénitale

- a) Vessie aberrante
- b) Atrésie
 - (a) des voies urinaires - urétérale - uréthrale
 - (b) des voies génitales - vaginale, cervicale, imperforation de l'hymen
- c) Duplication du rein
- d) Insertion haute de l'uretère pelvien
- e) Rein polykystique
- f) Sténose - des voies génito-urinaires, comme lors d'atrésie
- g) Tumeurs
- h) Uretérocèle

2. Acquise

- a) Dysmenorrhée
- b) Corps étranger
- c) Ulcération du méat

- d) Kystes ovariens
- e) Polypes
- f) Torsion des trompes
- g) Trauma

III. Maladies générales d'un système autre qu'Infections

- A. Epilepsie abdominale
- B. Allergies
- C. Dyscrasies sanguines - purpuras, hémophilie
- D. Maladies du métabolisme - diabète
- E. Névroses

IV. Lésions par agents extérieurs et divers

- A. Brûlures - associées à ulcères intestinaux
- B. Corps étrangers
- C. Ovulation
- D. Empoisonnements
- E. Ulcères
- F. Traumatismes

On n'insistera jamais assez sur l'importance d'une anamnèse attentive et d'un examen complet, en se référant au tableau précédent. La possibilité de la coexistence de deux ou plusieurs causes doit toujours être présente à l'esprit. Quelques unes de ces maladies en relation avec les douleurs abdominales chroniques seront examinées dans la suite de ce travail.

NOS RECHERCHES

Notre étude porte sur deux groupes de cas. Le premier groupe comprend 100 cas d'enfants se plaignant de douleurs abdominales chroniques, qui furent admis de 1908 à 1954 à la division chirurgicale de l'Hôpital Gourgas, soit en vue d'une opération, soit pour des examens ultérieurs. Le deuxième groupe comprend 40 enfants admis dans le même hôpital avec le diagnostic d'appendicite chronique, qui furent tous opérés et dont les appendices furent soumis à un examen microscopique en vue d'une preuve histo-pathologique.

Groupe I:

Les sujets classés dans ce groupe se plaignaient de douleurs abdominales chroniques, soit isolées, soit accompagnées d'autres symptômes, continuelles ou intermittentes, depuis trois semaines

au minimum. Les enfants qui souffraient de maladies bien déterminées, telles que prolapsus rectal, hernie ombilicale ou inguinale, ne furent pas inclus dans cette étude, de même que ceux qui souffraient d'appendicite chronique et qui sont considérés dans le second groupe.

Sur 100 cas âgés de 3 semaines à 15 ans 1/2, 52 enfants furent opérés pour confirmer le diagnostic, tandis que dans 48 cas, on parvint au diagnostic par les seuls examens cliniques, radiologiques ou de laboratoire. L'âge moyen de ce groupe était de 7,0 ans. La fréquence des maladies est rapportée dans le tableau II.

TABLEAU II

Fréquence des maladies

Nombre des cas étudiés: 100
 Preuve pathologique dans 89 cas
 Distribution: Abdominale et gastrointestinale: 58
 Urogénitale: 25
 Extraabdominale: 6
 Cas non diagnostiqués: 11

On constatera, d'après de Tableau II, qu'on ne put mettre en évidence une lésion viscérale abdominale que chez 58 enfants. Pour 11 cas, on ne put poser aucun diagnostic. Ces enfants ne présentaient pas une symptomatologie suffisante pour justifier une opération, et ne furent soumis qu'à des examens cliniques et de laboratoire. Il est particulièrement intéressant de noter qu'un quart des enfants de ce groupe avaient quelque maladie des voies urinaires associée à leurs douleurs abdominales chroniques.

Voici les diagnostics qui furent posés:

TABLEAU III

<u>I. Affections abdominales</u>	<u>Nombre de cas</u>
1. Tbc. abdominale	
A. Péritonite tbc	14
B. Adénite mésentérique tbc	3
C. Tbc miliaire viscérale	1
D. Tbc. intestinale	1
2. Adénite mésentérique non-spécifique	8

3.	Tumeurs	
A.	Kyste du mésentère	2
B.	Polypes rectaux	3
C.	Entérokystome	1
D.	Lymphosarcome du grêle	1
4.	Divers	
A.	Ptose congénitale du foie	1
B.	Ulcus gastro-duodénal	2
C.	Dilatation gastrique	1
D.	Hypotonie et hypersécrétion gastriques	1
E.	Entérite chronique	3
F.	Invagination intestinale à répétition	1
G.	Vers intestinaux	
a)	Ascaris	1
b)	Oxyures	1
H.	Diverticulite	2
I.	Cæcum flottant	1
J.	Pérityphlite	1
K.	Adhérences caecales post-opératoires	1
L.	Ptose colique	1
M.	Colon spastique	1
N.	Megacolon, hypertrophie colique	1
O.	Megasigmoïde	1
P.	Constipation chronique	4
5.	Douleurs abdominales idiopathiques (cas non diagnostiqués)	11

II.	<u>Affections urogénitales</u>	Nombre de cas
	Système urinaire:	
1.	Tumeurs	
A.	Sarcome du rein	5
B.	Tumeur de la loge rénale	1
2.	Lithiase rénale	4
3.	Divers	
A.	Ectopie congénitale du rein	1
B.	Ptose du rein	1
C.	Hydronéphrose	2
D.	Pyélonéphrite	1
E.	Pyélocystite	1

F. Cystite	1
<u>Système génital</u>	
1. Tumeurs	
A. Kyste de l'ovaire	2
2. Hernie de l'ovaire	3
3. Ovaire sclérokystique	1
4. Ectopie ovarienne	1
5. Imperforation de l'hymen	1
III. <u>Affections extra-abdominales</u>	Nombre de cas
1. Amygdalite	1
2. Végétations adénoïdes	1
3. Acétonémie	4

Il peut paraître, d'après la liste ci-dessus, que le nombre des cas de tbc. abdominale est relativement élevé comparativement aux autres affections. On peut mentionner, en passant, que 7 cas sur 19 de tbc abdominale résidaient en France, ce qui produit un accroissement relatif du nombre de ces cas dans ce groupe.

Pour déterminer, à partir de notre étude, si les douleurs abdominales chroniques sont plus fréquentes à un certain âge, et pour connaître la répartition selon le sexe aux différents âges, on a dressé le Tableau IV, dont on trouvera la représentation graphique à la page 15.

TABLEAU IV

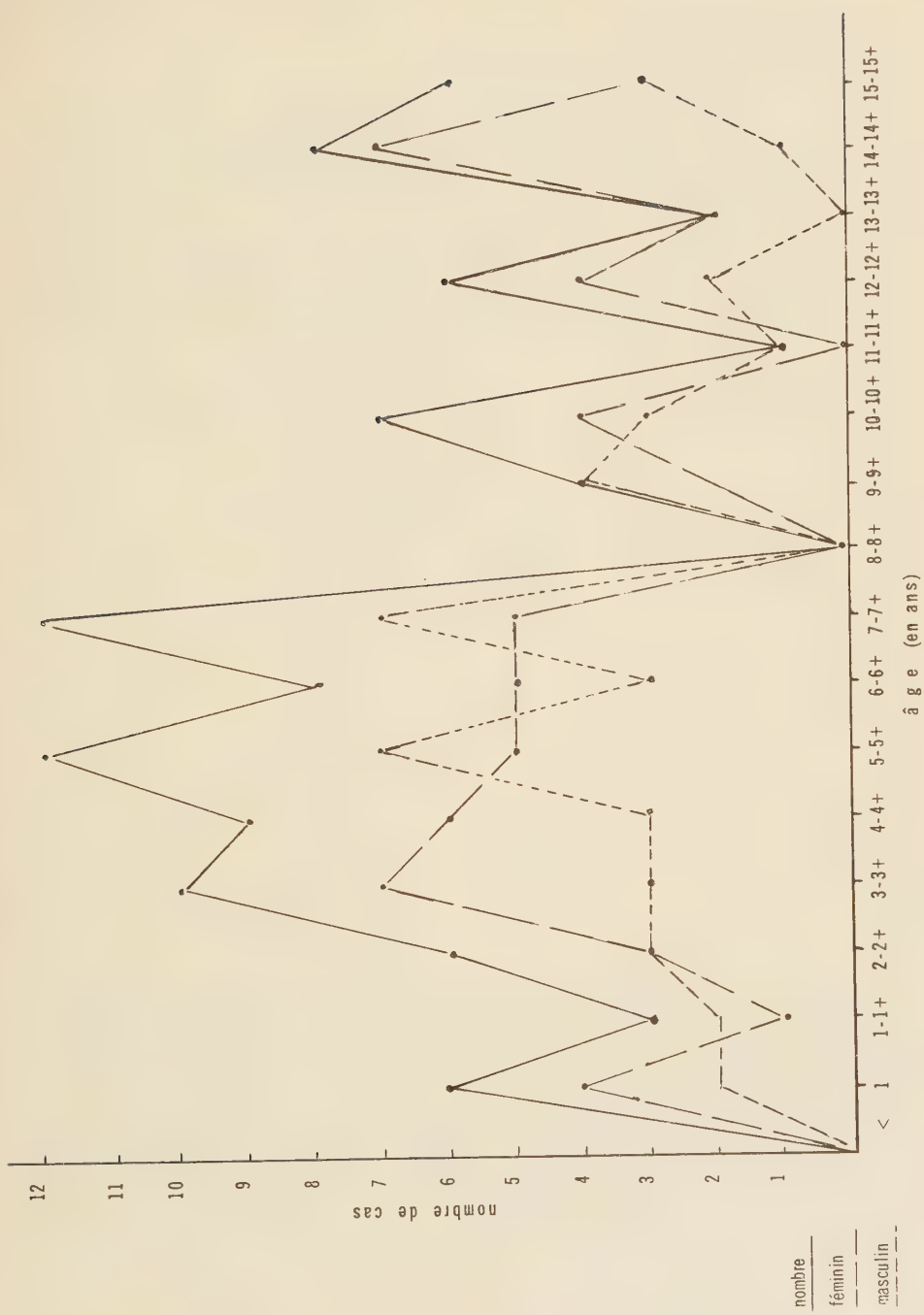
Répartition selon l'âge * et le sexe

Age (en années)	Nombre de cas		Total
	Garçons	Filles	
0-1	2	4	6
1-1+	2	1	3
2-2+	3	3	6
3-3+	3	7	10
4-4+	3	6	9
5-5+	7	5	12
6-6+	3	5	8
7-7+	7	5	12
8-8+	0	0	0
9-9+	4	0	4
10-10+	3	4	7
11-11+	1	0	1
12-12+	2	4	6
13-13+	0	2	2
14-14+	1	7	8
15-15+	3	3	6
	44	56	100

Le groupe comprend 12 % davantage de filles que de garçons. Il serait néanmoins exagéré de conclure des résultats de cette étude que les douleurs abdominales chroniques chez l'enfant sont en général plus fréquentes chez les filles que chez les garçons. Toutefois notre statistique apprend que, tout au moins en ce qui concerne les cas relevant de la chirurgie, les douleurs abdominales chroniques d'observent manifestement plus fréquemment chez les filles que chez les garçons.

Le nombre moyen de cas dans chaque catégorie d'âge était de 6,25. Sigma pour tout le groupe était de 3,2. On n'a pas observé les douleurs avec une plus grande fréquence manifeste à aucun âge particulier plutôt qu'aux autres. Il est cependant significatif que 51 % des enfants étaient âgés de 3 à 7 ans et quelques mois. Chaque catégorie d'âge entre ces limites contenait plus de cas que la moyenne. Nos résultats semblent donc indiquer que les douleurs abdominales chroniques chez l'enfant causées par des états relevant

* Indique une fraction supplémentaire en mois.



de la chirurgie sont plus fréquentes de 3 à 7 ans.

Le nombre moyen des filles de chaque catégorie était de 3,5 tandis qu'il était de 2,75 pour les garçons. On peut voir immédiatement sur le schéma qu'il n'y a pas de relation entre l'âge et le sexe.

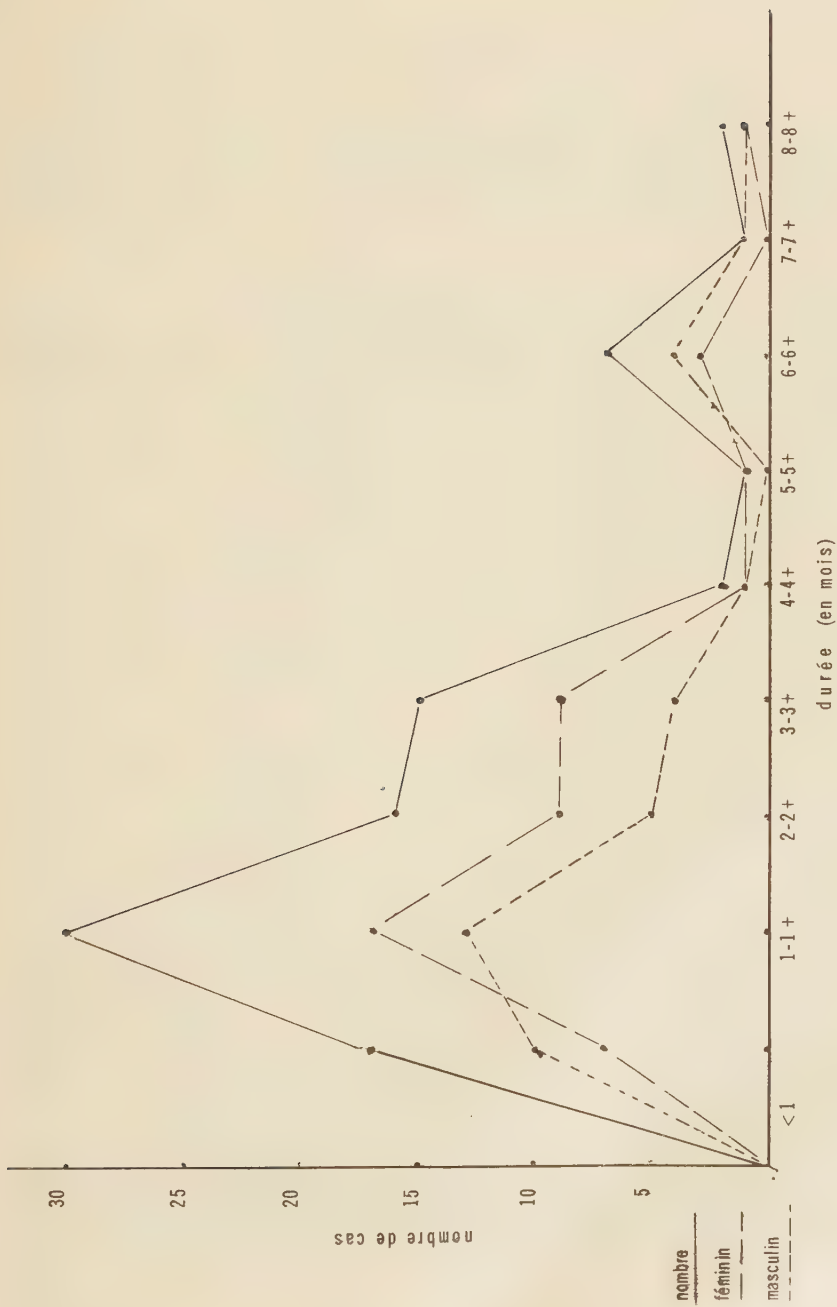
On considéra ensuite, dans l'anamnèse, depuis combien de temps les douleurs duraient, avant l'admission à l'Hôpital. Le Tableau V indique le nombre des patients aussi bien que leur répartition selon le sexe, en rapport avec la durée estimée en mois de 92 des 100 cas.

On pourra en voir la représentation graphique à la page 17.

Tableau V
Durée de la douleur

Durée (en mois)	Garçons	Filles	Total
1	10	7	17
1-1+	13	17	30
2-2+	5	9	14
3-3+	4	9	13
4-4+	1	1	2
5-5+	0	1	1
6-6+	4	3	7
7-7+	1	0	1
8-8+	1	1	2
9-9+	0	0	0
10-10+	0	0	0
11-11+	0	0	0
12-12+	4	1	5

Pour les autres cas, pour deux d'entre eux, la douleur remontait à 2 ans, pour un à 3 ans, pour un autre à 5 ans, pour un à 5 ans 1/2, pour un à 6 ans, pour un à 7 ans et pour un à 11 ans. 70 % des cas du groupe souffraient depuis moins d'un mois, 75 % depuis 1 mois à un an, et 8 % depuis plus d'un an. La durée maxima était de 1 an-1+ et comprenait 30% de tout le groupe. 74 % des enfants souffrait depuis 3 semaines à 3 mois. La durée moyenne pour ces cas était de 2,2 mois, tandis que celle de tout le groupe était de 7,5 mois.



DISCUSSION

Parmi les travaux traitant des douleurs abdominales vagues chez l'enfant, nous n'avons trouvé que celui de CONWAY (2) qui soit comparable au nôtre. Nous citerons cependant les publications qui se rapportent à ce problème, en indiquant le motif qui poussa les auteurs à faire leur étude.

CONWAY (2) qui étudia un groupe de 250 patients de consultation médicale âgés de 2 à 11 ans, chercha à établir une relation entre les douleurs abdominales et des facteurs tels que poids du corps, sexe, allergie, maladies infectieuses dans le passé et amygdaléctomie antérieure. Il parvint également à la conclusion que les résultats de son étude rendaient peu probable l'existence d'une relation entre la douleur abdominale et le poids du corps. Ayant choisi l'asthme comme témoin de l'allergie, et étudié deux groupes de contrôle, il ne constata aucune différence de fréquence pour l'asthme, dans les trois groupes. Comme critère de maladies infectieuses, il choisit la coqueluche. Il est significatif que les enfants souffrant de douleurs abdominales présentaient beaucoup plus souvent une coqueluche dans leur anamnèse que les deux autres groupes de contrôle. On n'observa pas de différence entre le groupe étudié et un groupe de contrôle quant au nombre d'amygdaléctomies antérieures, cette dernière ayant été choisie comme signe de lymphatisme dans ces cas.

Dans la même étude, pour 200 cas sur 250, on détermina alors l'heure où apparaissait la douleur. 55 % des enfants souffraient jour et nuit, 38 % ne souffraient que de jour, tandis que 6,5 % ne souffraient que la nuit.

La durée des douleurs, celle des intervalles entre les crises, et la durée de chaque épisode douloureux fut étudié chez 248 enfants. Dans le 24 % des cas, la douleur n'existait que depuis moins d'un mois, pour 38 % d'entre eux, depuis 1 à 12 mois, enfin, pour 36 %, depuis 1 à 6 ans. Chez environ la moitié des enfants de ce groupe, la douleur se produisait chaque semaine, pour les autres à des intervalles de plusieurs semaines ou mois. Les épisodes duraient habituellement plusieurs jours, et chaque paroxysme à l'intérieur de la crise durait moins d'une heure.

Quant au siège de la douleur chez 200 enfants de ce groupe, l'ombilic était de loin le siège le plus fréquent de la douleur (119 cas). On observa une douleur épigastrique dans 31 cas, et dans la région sus-ombilicale, dans 29 cas. La fosse iliaque droite, la fosse

iliaque gauche et les deux flancs représentaient des localisations moins importantes.

Il est surprenant que l'auteur conclue des divers diagnostics de ces cas médicaux, qu'il n'y avait, pour l'ensemble du groupe, que 5,8 % de maladies graves à l'origine des douleurs, quand nous en avons trouvé 44 %.

1) Adénite mésentérique:

CONWAY (2) trouva une adénite mésentérique à l'origine des douleurs abdominales chez 52 enfants sur 243. SCHAFER et LASRICH (7) rapportent 19 cas de ganglions mésentériques calcifiés et 16 cas d'hyperplasie non-spécifique des ganglions mésentériques sur une série de 260 examens radiologiques d'enfants souffrant de coliques ombilicales ou de douleurs para-ombilicales récurrentes.

Lors de 1307 laparotomies de la fosse iliaque droite, ARNULF et BUFFARD (8) observent 98 cas d'adénopathie mésentérique importante sans autre lésion apparente qui puisse expliquer les douleurs. Dans leur article sur l'"iléite terminale lymphoïde", ces auteurs attribuent cet état à une petite infection focale du tissu lymphoïde de l'extrémité de l'intestin grêle, probablement d'origine bactérienne, avec ou sans ulcération. Ces lésions discrètes n'entraînent pas de modification radiologique apparente de la paroi intestinale, si l'on excepte peut-être un léger épaississement à ce niveau. La maladie est sans relation avec l'iléite, soit aiguë, soit chronique, et fut observée avec le maximum de fréquence entre 5 et 15 ans. Cliniquement, elle est caractérisée par des douleurs intermittentes dans la fosse iliaque droite, qui peuvent s'étendre sur plusieurs mois ou même plusieurs années dans quelques cas, la douleur étant toujours para-ombilicale. La constipation est fréquente et il existe parfois de la diarrhée. De l'anorexie et de l'asthme accompagnent souvent ces symptômes. Notre étude révéla 3 cas d'adénite mésentérique non-spécifique à l'origine des douleurs abdominales chroniques chez l'enfant.

2) Kyste abdominal:

HASTINGS et NORRIS (9) trouvèrent que la douleur abdominale constitue le principal symptôme dans 36 cas sur 47 de kystes abdominaux. Le groupe comprenait 22 cas de kystes ovariens, 18 cas de kystes mésentériques ou péritonéaux, 4 cas de kystes intestinaux et 3 cas de kystes pancréatiques. Ils se trouvaient chez des enfants dont l'âge variait de 1 semaine à 13 ans 1/2. La fréquence des kystes

mésentériques, péritonéaux et intestinaux était à peu près égale dans les deux sexes, mais les kystes pancréatiques furent tous trouvés chez des petites filles.

Des 22 cas de kystes ovariens, 20 souffraient de douleurs abdominales. Des 18 cas de kystes mésentériques ou péritonéaux (13 mésentériques, 5 péritonéaux), aucun ne présentait de manifestations cliniques. La plupart étaient muets jusqu'à ce que leur accroissement progressif provoquât de la distension abdominale ou des signes de compression d'autres viscères, 8 enfants porteurs de kystes mésentériques et 4 de kystes péritonéaux se plaignaient de douleurs. Chez les 4 patients porteurs de kystes intestinaux, 3 en souffraient et vomissaient, tandis que les 3 kystes pancréatiques ne provoquaient que de la distension abdominale.

Dans notre étude, 2 enfants furent trouvés porteurs de kystes mésentériques, sans douleur localisée.

3) Constipation:

La question de savoir si la constipation par elle-même peut donner naissance à des douleurs abdominales, est très controversée. SMITH (6) est d'avis que la constipation ne constitue pas une cause logique de douleur, parce qu'il a vu tant d'enfants constipés parfaitement heureux malgré leur état.

DAS (3) estime que lorsque des douleurs abdominales chez un enfant s'accompagnent de constipation, il existe souvent un facteur chirurgical à l'origine du trouble, et il pense que si un groupe d'enfants était suivi plusieurs années de suite, bon nombre d'entre eux se révéleraient dans la suite souffrir d'une maladie de nature chirurgicale.

WASS (11), d'autre part, estime qu'une des causes de douleurs abdominales chroniques de la fosse iliaque droite résiderait en l'accumulation caecale de selles molles s'accompagnant de constipation.

CAIN (12) soutient que la constipation constitue un facteur étiologique de coliques banales.

Dans notre étude, 4 enfants souffraient de constipation sans autre lésion, ni douleur précise, tandis que CONWAY (2), dans 28 cas sur 243, trouva que la constipation était la seule cause des douleurs abdominales.

4) Ulcères:

Beaucoup de médecins considèrent que l'ulcère gastro-duodénal est tellement rare chez l'enfant que ce diagnostic est souvent manqué parce qu'on néglige cette possibilité lors de l'examen.

WOOD, HARDY et WHITE (1) constatèrent pourtant des preuves cliniques et radiographiques d'ulcus duodénal dans 6 cas sur les 100 cas médicaux étudiés par eux.

Dans une étude portant sur 254 enfants souffrant de vagues douleurs abdominales chroniques, ALEXANDER (13) fit la preuve radiographique d'un ulcère duodénal dans 30 cas âgés de 2 à 14 ans.

VOLSON (14), sur 6737 autopsies d'enfants âgés de moins de 10 ans, observa des ulcères de l'estomac ou du duodénum chez 30 enfants, soit dans 0,5 % des cas.

Dans une étude radiologique s'étendant sur une période de 5 ans, à la Clinique Infantile Universitaire de Hambourg, LASRICH, LENZ et SCHAFER (15) trouvèrent 31 cas d'ulcère diagnostiqué avec certitude cliniquement et radiologiquement, et 20 cas suspects. Des 31 cas qui étaient âgés de 4 à 16 ans, 26 étaient porteurs d'ulcères duodénaux tandis que les 5 autres avaient un ulcère gastrique. Ces auteurs insistent sur le fait que le tableau clinique ne diffère pas de celui que présente l'adulte, dans les cas nets, mais qu'on peut rencontrer tous les degrés de douleurs depuis les douleurs typiques de l'ulcère, en passant par les coliques ombilicales typiques jusqu'aux crises de douleurs abdominales banales. 10 cas sur 31 souffraient de douleurs ombilicales typiques au début, 17 de coliques banales et 4 seulement présentaient des douleurs ulcéreuses typiques.

Les 2 cas de notre groupe qui furent diagnostiqués comme ulcus gastro-duodénal ne reçurent pas de confirmation opératoire, mais leur symptomatologie clinique et radiographique entraînait la conviction.

5) Coliques péri-ombilicales:

Dans leur article: "Recidiverende Nabelkoliken", SCHAFER et LASRICH (7) comptent le caecum parmi les facteurs étiologiques. Comme cet état est souvent confondu avec l'appendicite chronique, il sera discuté en détail avec cette dernière, dans la suite de notre travail. Qu'il suffise de mentionner ici que, comme le remarque KAUFMANN (16) dans son article, beaucoup de médecins connaissent mal ce syndrome et diagnostiquent de ce fait à tort ces cas comme des appendi-

cites chroniques.

Avec le progrès des nouvelles méthodes et techniques de médecine pratique, beaucoup d'affections qu'on diagnostiquait jusqu'alors comme douleurs abdominales "idiopathiques", ont été reclassées comme des entités pathologiques définies. Cependant, comme nous le mentionnons ci-dessus, le pédiâtre se trouve souvent en présence de cas qui ne présentent pas de symptômes caractéristiques, soit à l'examen physique, soit lors d'examens de laboratoire, et qui se plaignent pourtant de douleurs abdominales.

Ce fut MORO (17), en 1913, qui décrit le premier ce qu'il dénomma "recidivierende Nabelkoliken" dans une étude de 18 enfants âgés de 4 à 14 ans. Chez ces enfants, les douleurs étaient habituellement localisées entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde du sternum, et souvent accompagnées de pâleur. Cette douleur n'offrait pas de caractère particulier et sa durée variait de quelques minutes à un jour. On pouvait observer, lors des crises importantes, une périodicité de 2 à 3 mois, avec des intervalles de rémission entre les récidives. On ne constata jamais de fièvre élevée, ni nécessairement de vomissements, et 15 cas sur 18 présentaient de la constipation avec du météorisme et de la sensibilité abdominale. La douleur débuta entre 5 et 7 ans dans presque tous les cas. Des symptômes associés tels que vomissements périodiques, migraine, asthme, enuresis, troubles vaso-moteurs, prédisposition à l'hyperthermie, albuminurie orthostatique, hypersensibilité, hyperreflexie, mauvaise humeur, douleur du mollet, douleur occipitale ou entre les omoplates avant ou après les coliques, l'amélioration de la constipation par le changement de milieu ou de régime, et l'absence de symptômes cliniques, amenèrent l'auteur à considérer que l'affection est d'origine psychogène, sur la base d'une constitution neuropathique avec hypersensibilité.

Depuis 1913, comme le font remarquer LASRIC et SCHAFER (7), on a découvert beaucoup de causes organiques qui peuvent donner naissance au tableau typique des "recidivierende Nabelkoliken". Ces auteurs y incluent des maladies telles qu'appendicite atypique, ulcères gastro-duodénaux, adénopathie abdominale, parasites tels qu'ascaris et taenia, iléus récidivants, purpura abdominal, caecum mobile, contraction spastique, affections des voies urinaires, hépatopathie, crise lors d'ictère hémolytique, spasme des voies biliaires ou urinaires, hydronéphrose, migraine et épilepsie abdominale.

Dans une étude radiographique de 260 enfants souffrant de "Nabelkoliken", les auteurs trouvèrent:

- A. 71 cas d'iléite terminale sans sclérose
- B. 14 cas avec des lésions de l'estomac et du duodénum
- C. 12 cas avec des lésions de l'intestin grêle
- D. 24 cas d'ascaridose
- E. 19 cas avec des ganglions mésentériques calcifiés
- F. 16 cas avec hyperplasie non-spécifique des ganglions mésentériques
- G. 7 cas avec lésions de l'appendice
- H. 4 cas d'invagination
- I. 4 cas avec des lésions du gros intestin

Ainsi, des 20 enfants qui présentaient le tableau typique de "recidivierende Nabelkoliken", dans 171 cas, soit dans 65,8 % des cas, il existait une cause organique à leurs douleurs.

MALDAGUE (18) affirme qu'on peut expliquer les "recidivierende Nabelkoliken" par l'existence de spasmes intestinaux ou vasculaires d'origine émotionnelle. Dans 3 cas de "Nabelkoliken" qu'il étudia, il trouva des spasmes intestinaux dans 2 cas, et une invagination dans l'autre cas. Cet auteur suggère que le facteur psychique (émotions, conflits, etc...) met en action le système nerveux autonome par l'intermédiaire d'un centre émotionnel localisé dans la partie postérieure du III ventricule qui est en connection avec l'écorce frontale et le système nerveux autonome.

6) Troubles psychologiques:

En l'absence de découvertes organiques positives, il faut aussi penser à des causes psychologiques.

Mc KEITH et O'NEILL (19) (20), insistent sur l'importance de cette déclaration, ayant trouvé que la tension émotionnelle et les douleurs abdominales périodiques étaient souvent associées. 25 enfants entre 3 et 16 ans qui se plaignaient de douleurs abdominales périodiques furent soumis par ces auteurs à un examen psychiatrique aussi bien que physique et à des examens de laboratoire. Il est intéressant de noter que le siège le plus fréquent de la douleur chez ces enfants était la zone ombilicale. Il conclut de ses examens que la douleur était à rapporter à une excitation émotive dans 15 cas, chez 6 enfants les crises étaient causées partiellement par une excitation émotive et dans 4 cas, la cause de ces crises resta cachée. L'état émotif le plus fréquent à provoquer de la douleur était l'anxiété ou la peur (17 cas). L'angoisse était la cause de la douleur pour trois enfants, tandis que le chagrin n'était responsable que dans un cas.

Dans une seconde étude des mêmes auteurs portant sur 26 enfants, 15 filles et 11 garçons, de 4 à 16 ans, ils notèrent le résultat de la psychothérapie dans le traitement de douleurs abdominales chroniques périodiques: 18 enfants furent très améliorés; dans 15 cas les crises s'espacèrent et devinrent moins graves, tandis qu'il n'y eut pas de changement pour trois d'entre eux.

Aucun de nos enfants ne présentaient de troubles psychologiques.

7) Epilepsie:

Une autre explication possible de quelques cas de douleurs abdominales "idiopathiques" peut être trouvée dans l'épilepsie abdominale. Dans une revue de 31 cas, 16 garçons et 15 filles, HOEFER, COHEN et GREELEY (21) observèrent la douleur localisée à la région péri-ombilicale et à l'épigastre.

La douleur qui est une manifestation de l'épilepsie était presque toujours à début brusque, vive, coliqueuse ou en coup de couteau. Elle durait de quelques minutes à plusieurs heures et était le plus souvent associée à des symptômes tels que de l'anorexie, des nausées, des vomissements, de la diarrhée, et, moins fréquemment, à de la constipation. Le début des crises remontait à la première enfance dans tous les cas. Des transits gastro-intestinaux dans 20 cas ne révélèrent pas de modifications structurales, tandis que les examens électro-encéphalographiques montrèrent de nettes anomalies chez 30 malades.

Dans une étude similaire de 14 enfants entre 5 et 11 ans, LIVINGSTON (22) observa aussi une douleur le plus souvent péri-ombilicale. Il est significatif que 3 de ces cas présentaient des vagues cérébrales de caractère normal. LIVINGSTON insiste sur le fait qu'un E.E.G. normal n'autorise pas à éliminer le diagnostic d'épilepsie abdominale, si l'anamnèse et l'épreuve thérapeutique confirment un tel diagnostic. Aucun de nos enfants n'était épileptique.

Bien que CONWAY (2) reconnaisse l'origine psychogène dans 23 cas, il ne put trouver aucune explication pour 75 enfants sur 243 qui se plaignaient de douleurs abdominales.

WOOD, HARDY et WHITE (1) trouvèrent une lésion pathologique à laquelle rapporter la douleur seulement dans 20 % des 95 cas étudiés par ces auteurs.

Dans notre étude, il y eut 11 cas où la douleur ne put pas être expliquée.

8) Affections des voies urinaires:

Il est bien connu que des maladies des voies urinaires peuvent susciter des douleurs abdominales.

CAMPBELL (23) montre que l'examen des voies urinaires rectifie souvent des diagnostics erronés; d'où l'importance qu'il y a à penser à la possibilité d'une affection des voies urinaires lors de douleurs abdominales. Il soutient qu'approximativement 1 enfant sur 8 naît avec quelque anomalie des voies génito-urinaires et qu'on peut mettre en évidence de la rétention urinaire chez 1/4 de ces enfants. Il croit qu'un rétrécissement urétral est une des lésions obstructives les plus fréquentes, et, dans une série de 12.080 autopsies d'enfants trouva une obstruction congénitale de l'uretère, le plus souvent un rétrécissement, dans 95 cas, donc avec une fréquence de 1/138.

BIGLER (24), au cours de 153 autopsies d'enfants, trouva des anomalies congénitales des voies urinaires avec une fréquence de 13 %.

WOOD, HARDY et WHITE (1) rapportent l'observation d'un cas de pyélite, 2 cas de rétrécissement de l'uretère, et 1 cas d'obstruction de l'uretère par un vaisseau rénal aberrant.

CONWAY (2) trouva pour sa part dans son étude, 1 cas d'oxalurie, 3 cas de cystite ou de pyélite et 1 cas d'hydronéphrose à l'origine des douleurs abdominales.

LOHREY, POORE et OSMOND (25) citent le cas d'une petite fille de 7 ans qui se plaignait surtout de douleurs gastriques durant depuis 2 ans, chez qui l'on découvrit une hydronéphrose et dont les douleurs disparurent après néphrectomie.

Chez 17 % des enfants que nous avons étudiés, la cause des douleurs abdominales était une affection des voies urinaires.

9) Allergie:

Avant d'aborder le groupe II, il nous faut dire quelques mots ici de l'allergie et de ses relations avec les douleurs abdominales. L'allergie peut se manifester dans l'enfance et, comme le remarque Mc GEE (26), on la rencontre souvent chez des enfants dont les parents souffraient de coliques dans la première enfance ou qui présentent maintenant des manifestations cliniques allergiques, surtout si elles sont respiratoires ou digestives. Si la colique est le premier symptôme allergique décelable, le hoquet foetal en est un encore plus

précoce. MC GEE (26) prouva que 52 % des foetus qui ont du hoquet intra-utérin, firent plus tard des coliques au lait de vache. La colique est due à une réaction allergique, soit à des allergènes dans le lait maternel dus au régime maternel, soit plus fréquemment au lait de vache. La douleur est provoquée par une distension gazeuse aussi bien que par un spasme musculaire de l'estomac et de l'intestin. Ces enfants sont habituellement sensibles à d'autres substances alimentaires et, dans la règle, beaucoup d'enfants plus âgés ou d'adultes qui ont des manifestations allergiques digestives ou respiratoires ont souffert de coliques quand ils étaient des bébés ou ont eu de la difficulté à manger.

Selon RATNER (27), la douleur qui est due à une allergie digestive a son siège habituel dans la région ombilicale, mais elle peut aussi être épigastrique, péri-ombilicale ou dans le quadrant inférieur droit. Elle peut durer quelques minutes ou plusieurs heures, et peut récidiver à de fréquents intervalles. Elle s'accompagne généralement de diarrhée, de flatulence, de selles muqueuses, de nausées, de vomissements ou même de constipation. La réaction allergique primitive est ici un spasme et des papules suivies d'oedème et de congestion vasculaire de la muqueuse et de la séreuse.

GROUPE II

Ce groupe comprenait 21 filles et 19 garçons âgés de 5 ans 1/2 à 13 ans 1/2. L'âge moyen était de 8 ans 2 mois. Tous les enfants furent admis à l'Hôpital Gourgas avec le diagnostic d'appendicite chronique et opérés pendant leur séjour. Nous avons examiné les appendices au moyen de coupes en séries, avec l'intention de déterminer la proportion et le degré des lésions et leur relation avec le symptôme de douleurs abdominales chroniques présenté par ces cas.

Le Tableau VI indique la répartition selon l'âge et le sexe.

1. Les coupes en série furent examinées avec l'aimable assistance du Dr. GUSTAVE RIOTTON, chef de Laboratoire de la Maternité de Genève. Elles avaient été préparées par Mademoiselle KATHI SCHNIDER, assistante du même laboratoire. Qu'ils trouvent ici l'expression de notre gratitude.

TABLEAU VI

Répartition des cas d'appendicite chronique
selon l'âge et le sexe

Age (en années)	Nombre de cas		
	Garçons	Filles	Total
5-5+	1	3	4
6-6+	3	3	6
7-7+	5	6	11
8-8+	4	2	6
9-9+	1	5	6
10-10+	1	1	2
11-11+	3	0	3
12-12+	0	0	0
13-13+	1	1	2
	<u>19</u>	<u>21</u>	<u>40</u>

On ne constate pratiquement pas de différence significative dans la répartition selon le sexe. Le nombre moyen des enfants de chaque groupe était de 4,4. La plus grande fréquence était dans le groupe âgé de 7 ans et quelques mois qui constituait le 27,5 % de l'ensemble. 75 % de tous les enfants étaient âgés de 6 à 9 ans, âges qui ne représentaient pourtant pas la moitié de toutes les catégories.

Les douleurs duraient depuis 1 mois à 2 ans.

Le tableau VI montre la répartition de 32 enfants sur 40, selon l'ancienneté de leurs douleurs.

TABLEAU VI

Durée (en mois)	Nombre de cas		
	Garçons	Filles	Total
1-1+	6	10	16
2-2+	2	2	4
3-3+	1	1	2
4-4+	1	1	2
5-5+	0	1	1
6-6+	3	2	5
7-7+	1	0	1
8-8+	1	0	1

En outre, 2 enfants souffraient depuis 1 an, 1 autre depuis 1 an 1/2 et 3 depuis 2 ans. 40 % de tout le groupe souffrait depuis 1-2 mois. La durée moyenne, pour ces 32 enfants, était de 2-6 mois, tandis qu'elle était, pour tout le groupe de 5,7 mois.

Chaque enfant se plaignait de douleurs abdominales périodiques. Celles-ci avaient leur siège dans la fosse iliaque droite seulement chez 5 enfants, et à l'ombilic chez 1 seul. Les 34 autres enfants localisaient leur douleur dans d'autres régions ou ne pouvaient pas en préciser le siège. Les crises étaient variables: depuis de brèves crises à de courts intervalles, jusqu'à des crises durant plusieurs jours, à de plus longs intervalles.

En ce qui concerne les symptômes associés, 14 enfants avaient des nausées sans vomissements, 14 des nausées avec vomissements, 5 enfants seulement des vomissements et chez 7 autres, il n'y avait pas d'autres symptômes que de la douleur. On constata de la constipation dans 16 cas.

Aucun de ces cas ne présenta le tableau clinique ou histologique de l'appendicite aiguë. Les résultats de l'examen microscopique figurent au tableau VII.

TABLEAU VII

Lésion histopathologique	Garçons	Filles	Total
Normal	2	0	2
Changements minimes	4	1	5
Inflammation sub-aiguë avec légère fibrose	13	14	27
Appendice lymphoïde chronique	2	2	4
Fibrose	0	2	2

Dans 7 cas, l'appendice était normal ou pratiquement normal. Il est peu vraisemblable que les modifications insignifiantes de 5 de ces 7 appendices puissent avoir donné naissance à la symptomatologie de l'appendicite chronique. Il semble donc qu'il y eut erreur de diagnostic dans 18 % des cas. Les autres appendices présentaient des lésions d'intensité et d'étendue suffisantes à expliquer les douleurs. On trouva des oxyures dans la lumière de 5 appendices et dans un cas, dans la paroi aussi bien que dans la lumière.

DISCUSSION

Une grande confusion enveloppe le terme d'appendicite chronique qui suppose un léger degré d'infection continue et lentement progressive. En clinique, ce terme est employé indifféremment avec celui d'appendicite récidivante.

BOYD (28) met en doute qu'il existe une entité telle que l'appendicite chronique, dans le sens d'une inflammation à marche lente sans exacerbations aiguës.

RAVDIN (29) soutient que l'appendicite chronique représente une série de crises récidivantes et pas du tout un processus continu.

WASS (11), par ailleurs, montre qu'après des crises répétées d'inflammation ou de colique légères, il peut subsister entre elles une douleur et une sensibilité permanente dans la fosse iliaque droite, un état qu'il appelle appendicite chronique. L'appendicite chronique, dans le sens que nous lui donnons dans ce travail, désigne des crises récidivantes d'inflammation non aiguë avec ou sans inflammation continue entre elles.

L'appendicite chronique est bien connue pour être une cause fréquente de douleurs abdominales chroniques chez les enfants. En l'espace de trois ans, entre 1952 et 1955, une moyenne de 170 enfants par an en furent opérés à l'Hôpital Gourgas pour appendicite chronique sur 881 admissions durant la même période.

STRUCKEY (10) étudia, sur un groupe de 100 enfants, la proportion des maladies de l'appendice vermiforme dans le syndrome de douleurs abdominales chroniques chez l'enfant. L'ancienneté des douleurs et l'intervalle entre les crises variaient de brèves crises survenant presque quotidiennement à des crises de plusieurs jours à de plus longs intervalles. 31 enfants se plaignaient de douleurs dans la région ombilicale, 27 de douleurs médianes et dans la fosse iliaque droite. Chez 24 enfants, la douleur était due à l'effort. L'examen pathologique des appendices excisés révéla de légères modifications chez 12 enfants, 21 cas d'inflammation aiguë, 19 cas d'inflammation sub-aiguë, 5 cas d'inflammation aiguë et chronique, 8 cas d'appendicite chronique lymphoïde et 8 cas de fibrose de l'appendice. Ainsi, au moins 35 % des enfants avaient une appendicite non aiguë à l'origine de leurs douleurs. Il est intéressant de noter que de ces 35 enfants, 11 seulement ne souffraient plus d'aucune douleur et 7 étaient partiellement

guéris après l'opération.

Le diagnostic d'appendicite chronique chez l'enfant présente souvent des difficultés parce que le tableau clinique peut être atypique, que l'enfant n'aide pas le médecin ou l'induit en erreur, et aussi parce que beaucoup d'autres maladies peuvent donner naissance aux symptômes qui font poser le diagnostic d'appendicite chronique.

D'après STRUCKEY (10) des affections telles que la diverticulite de Meckel, un volvulus de l'intestin, des obstructions dues à des brides et des adhérences, une hernie interne, une iléite régionale, une colique due à de l'oxyuriasse, une lymphadénite mésentérique, des infections récidivantes des voies respiratoires supérieures avec douleurs abdominales, des malformations rénales, des affections testiculaires ou ovariennes, et des crises de migraine ou de vomissements cycliques peuvent donner naissance à des symptômes qui font penser à une appendicite chronique.

L'erreur de diagnostic a souvent pour effet de soumettre l'enfant à l'angoisse et aux désagréments d'une opération. Puisqu'il ne s'agit pas d'un état aigu, notre étude nous a donné l'impression que le médecin peut s'éviter beaucoup d'embarras et d'inquiétude pour l'enfant, s'il suit le malade attentivement et plus longtemps avant de se décider à l'opération.

La relation qui peut exister entre les oxyures et l'appendicite chronique est obscure.

ASHBURN (30) trouva des oxyures dans 7,9 % des 2317 appendices excisés chirurgicalement. Les vers étaient aussi fréquents dans des appendices sains que dans les appendices qui présentaient des lésions d'inflammation aiguë. ASHBURN concluait son étude par l'affirmation qu'il n'avait constaté aucun cas d'"appendicitis oxyurica" dans la série des cas qu'il avait examinés.

GORDON (31) rapporte avoir observé des oxyures dans 311 appendices sur 26.051 appendices excisés chirurgicalement. Il observa que l'*Enterobius* occasionne parfois de minimes lésions muqueuses dans l'appendice, qui sont caractérisées par un léger degré d'exsudation, de la nécrose et des hémorragies punctiformes. Ces lésions se produisirent dans 12 cas et c'est cet état qu'il désigne par le terme d'"appendicopathia oxyurica". Dans les 299 autres appendices infectés, les petits vers étaient présents dans la lumière, sans avoir provoqué de lésions visibles dans 266 cas. Dans 33 cas, les oxyures furent trouvés dans la paroi de l'appendice, mais l'aspect microscopique

permettait de conclure que la pénétration avait toujours eu lieu après l'opération. GORDON conclut qu'il n'a pu observer aucun cas d'appendicite à oxyures dans son matériel, et que l'Oxyuris vermicularis n'est pas une cause d'appendicite.

FAUST (32), par contre, affirme que les oxyures provoquent souvent des appendicites aiguës ou subaiguës.

Nous-mêmes avons trouvé des oxyures dans 6 appendices qui avaient des lésions d'inflammation subaiguë, mais n'avons pas été en mesure d'établir si leur présence était la cause de l'inflammation ou s'il ne s'agissait en l'occurrence que d'une coïncidence.

Le caecum mobile est une anomalie qui apparaît au cours des 7ème. et 8ème mois de la vie foetale et pose un diagnostic différentiel important avec l'appendicite chronique. Entre 1948 et 1951 au Kinderspital der Universität Basel, KAUFMANN (16) trouva que 28 enfants sur les 581 (4,8 %) enfants envoyés pour être opérés pour appendicites subaiguës ou chroniques, avaient un caecum mobile. Des 28 enfants, 9 avaient un appendice absolument normal, 9 des lésions insignifiantes permettant de conclure que le caecum mobile était à l'origine des douleurs dans ces cas.

La douleur, dans ces cas, a habituellement un début brusque et s'accompagne de pâleur ou peut provoquer même un évanouissement. Des étourdissements, des céphalées et l'envie de vomir sont habituellement observés. La douleur est à type de colique et disparaît brusquement. Elle est suivie par une douleur sourde et de longue durée dans la fosse iliaque droite qui fait penser à l'appendicite chronique. Pendant les intervalles, il existe de la constipation et des selles très dures rendant la défécation douloureuse. La constipation est entrecoupée par de violentes diarrhées spasmodiques. Signe caractéristique: la douleur est augmentée par le décubitus sur le côté gauche.

Enfin, un état qui peut donner lieu à des symptômes d'appendicite chronique est l'artérite appendiculaire. Cette lésion simule histologiquement les lésions de périartérite noueuse et serait peut-être une manifestation locale de cette maladie. Dans une étude de 1.117 appendices diagnostiqués comme appendicites chroniques, oblitération de l'appendice, fécolithe appendiculaire, diverticule de l'appendice et granulome non-spécifique de l'appendice, HALL, SUN et MACKLER (33) observèrent l'artérite de l'appendice dans 22 cas dont les appendices furent examinés en coupes en série. Tous les malades souffraient de douleurs dans le quadrant droit inférieur. La majorité d'entre eux avaient une histoire de douleurs abdominales similaires

qui s'étendait sur une période qui pouvait aller jusqu'à 4 ans 1/2.

RESUME

Nous avons passé en revue 100 cas d'enfants âgés de 3 semaines à 15 ans 1/2 qui se plaignaient de douleurs abdominales chroniques, à l'Hôpital Gourgas, à Genève. La cause des douleurs fut découverte pour 89 d'entre eux. 58 enfants avaient une participation abdominale ou gastro-intestinale, 25 une affection des voies urinaires ou génitales, et, chez 6 enfants, la douleur avait une cause extra-abdominale. Dans 11 cas, on ne découvrit aucune lésion anatomique qui pût expliquer la douleur.

Le groupe comprenait 12 % plus de filles que de garçons et il semble donc que des douleurs abdominales chroniques d'origine chirurgicale sont plus fréquentes chez les filles que chez les garçons. 55 % des enfants étaient âgés de 3 à 7 ans et quelques mois, groupes d'âges ne représentant qu'un tiers de toutes les classes d'âges représentées, ce qui indique donc que les douleurs abdominales chroniques sont surtout fréquentes entre 3 ans et 7 ans et quelques mois. On ne put établir aucune relation entre l'âge et le sexe pour les douleurs abdominales chroniques.

17 % des enfants souffraient depuis moins d'un mois, 75 % depuis 1 mois à 1 an et 8 % depuis plus d'un an. Chez 74 d'entre eux, les douleurs duraient depuis 3 semaines à 3 mois.

L'étude histologique de 40 appendices opérés fut pratiquée. Il s'agissait d'appendices d'enfants de 5 ans 1/2 à 13 ans 1/2, qui avaient été envoyés à l'Hôpital Gourgas avec le diagnostic d'appendicite chronique. La répartition selon les sexes était à peu près égale dans ce groupe. 75 % des enfants étaient âgés de 6 à 9 ans, alors que ces classes d'âges représentaient moins de la moitié des classes représentées.

7 appendices présentaient des lésions anatomiques insuffisantes à expliquer les douleurs. Deux d'entre eux étaient tout à fait normaux, tandis que 5 ne présentaient que de minimes modifications inflammatoires. 27 présentaient une inflammation subaiguë avec un léger degré de fibrose, 4 appendices étaient des appendicites lymphoïdes chroniques, tandis qu'on observa 2 cas de fibrose.

Puisque notre étude révéla qu'il y eut une erreur de diagnostic dans 18 % des cas, nous concluons que l'appendicite chronique

est souvent diagnostiquée à tort chez l'enfant, et que les malades qui se plaignent de douleurs abdominales chroniques devraient être examinés plus attentivement avant d'être opérés.

BIBLIOGRAPHIE

1. WOOD, J.L., HARDY, L.M., WHITE, H.: Chronic Vague Abdominal Pain in Children. *Pediatric Clinics of North America*, p. 465, May 1955.
2. CONWAY, D.G.: A Study of Abdominal Pain in Children. *Great Ormond Street Journal* 2, 99, 1951.
3. DAS, B.B.: Abdominal Pain in Young Children. *Antiseptic* 43, 341, 1946.
4. GROSSMAN, M.I.: The Physiology of Abdominal Pain. *Illinois Medical Journal*, 103, 2, 1953.
5. MULLINS, J.R.: Diagnosis of Pain in Children. *Journal of South Caroline Medical Association*, 43, 227, 1947.
6. SMITH, C.A.: Causes of Pain in Infants and Children. *Bulletin Vancouver Medical Association*, 23, 302, 1947.
7. SCHAFER, K.H., LASRICH, A.: Über die Genese rezidivierende Koli-kartigen Leibschmerzen beim Kinde; Nabelkoliken. *Deutsche Med. Wschr.*, 78, 13, 1953.
8. ARNULF, G., BUFFARD, P.: L'iléite lymphoïde Terminale. *La Presse Médicale*, 6, 61, 1953.
9. HASTINGS, N., NORRIS, W.: Unusual Abdominal Cysts in Infants and Children. *California Medical Journal*, 8, 12, 54.
10. STRUCKEY, E.S.: Recurrent Pain in Childhood. *Medical Journal of Australia*, 2, 827, 50.
11. WASS, S.H.: Chronic Pain in the Right Iliac Fossa. *British Medical Journal*, 4916, 752, 1955.
12. CAIN Jr, I.P.: Diagnosis of Pain in Children. *Journal of South Carolina Medical Association*, 43, 227, 1947.
13. ALEXANDER, F.K.: Duodenal Ulcer in Children. *Radiology*, 56, 799 1951.
14. VOLFSON, Y.I.: Gastro-Duodenal Ulcers in Children, *Pediatrics* 19, 51, 1941.
15. LASRICH, M.A., LENZ, W., SCHAFER, K.H.: Ulkus leiden im Schulkin-desalter. *Deutsche Med. Wschr.* 80, 1337, 16 sept. 1955.

16. KAUFMANN, H.: Das Coecum Mobile im Kindesalter. *Annales Paediatrici*, 179, 136, 1952.
17. MORO, E.: Uber rezidivierende Nabelkoliken bei älteren Kindern. *Münch. Med. Wschr.* 5, 2827, 1913.
18. MALDAGNE, L.: La pathogénie des Coliques Ombilicales Récurrentes des Enfants. *Acta Paediatrica Belgica*, 6, 53, 1952.
19. MAC KEITH, R., O'NEILL, D.: Recurrent Abdominal Pain in Children. *The Lancet*, 2, 278, 1951.
20. MAC KEITH, R., O'NEILL, D.: The Management of Recurrent Stress Disorders in Children. *The Practitioner*, 172, 37, 1954.
21. HOEFER, P.F.A., COHEN, S., GREELEY, Mc L.: Paroxysmal Abdominal Pain. *J.A.M.A.*, 147, 1, 1951.
22. LIWINGSTON, S.: Abdominal Pain as a Manifestation of Epilepsy. *Journal of Pediatrics*, 38, 687, 1951.
23. CAMPBELL, M.F.: Abdominal Pain due to Urologic Disease in Children. *J.A.M.A.* 128-326, 1945.
24. BIGLER, J.A.: Anomalies of the Urinary Tract in Children. *J.A.D.C.* 38, 960, 1929.
25. LOHREY, R.C., POORE, G.C., OSMOND, J.D. Jr.: Stomach Pain Caused by Masked Hydronephrosie. *J.A.M.A.*, 149, 1326, 1952.
26. MC GEE, W.A.: Colic: Its Pattern in Infancy and Later Life. *Southern Medical Journal*, 43, 335, 1950.
27. RATNER, B.: Abdominal Pain in Children due to Allergy. *J.A.M.A.* 127, 696, 1945.
28. BOYD, W.: *A Textbook of Pathology* (Lea and Febiger, Phila.) Sixth Edition, 480, 1953.
29. RADVIN, I.S.: *Textbook of Medicine-Cecil R.L., Loef, R.F.* (W.B. Saunders Company, Phila) Eight Edition, 739, 1951.
30. ASHBURN, L.L.: Appendical Oxyuriasis. *American Journal of Pathology*, 17, 841, 1941.
31. GORDON, H.: Appendal Oxyriasis and Appendicitis Based on a Study of 26,051 Appendices. *Archives of Pathology*, 16, 2, 1933.
32. FAUST, E.C.: *Textbook of Medicine-Cecil, R.L., Loeb R.F.* (W.B. Saunders Company, Phila) Eight Edition, 430, 1951.

33. HALL, J.W., SUN, S., MACKLIN, W.: Arteritis of the Appendix.
Archives of Pathology, 50, 240, 1950.

